

хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Основную группу (I) составили 49 больных с доброкачественной гормонально-зависимой патологией и хроническими воспалительными заболеваниями гениталий. Из них наружный эндометриоз был в 24 (48,9%) случаях, киста яичника в 13 (26,5%), миома матки в 8 (16,3%), параовариальная киста яичника в 4 (8,2%). Основными проявлениями хронического воспалительного процесса гениталий были: острый воспалительный процесс в анамнезе, тазовые боли, дисменорея, диспареуния с увеличением секреции белей, при бимануальном исследовании изменение положения, консистенции и ограничение подвижности матки, инфильтрация и тяжесть в области придатков, болезненность влагалищных сводов и крестцово-маточных связок, при эндоскопической визуализации органов малого таза - повышенное количество перитонеальной жидкости, спаечный процесс в малом тазу, нарушение проходимости и сократительной активности маточных труб, поликистозные яичники с истончением капсулы, мраморный рисунок внутренних половых органов, инфильтрация и повышенная кровоточивость тканей. В контрольную группу (II) вошли 64 больных с доброкачественной гормонально-зависимой патологией гениталий соответствующей в процентном соотношении основной группе. Возраст пациенток в обеих группах был детородным (18-37 лет). Показаниями к лапароскопии с элементами хирургического вмешательства были: синдром тазовых болей, бесплодие, наличие опухолевых и опухолевидных образований в малом тазу при отсутствии обострения воспалительного процесса в течение предыдущих 2 месяцев. Длительность заболевания колебалась от 2,5 до 8 лет. Больным основной группы ранее неоднократно проводилось консервативное лечение антибактериальными, гормональными, иммунокорректирующими препаратами с включением физических и бальнеологических факторов. Накануне хирургического вмешательства пациенткам назначалась плановая санация с учетом микробного фактора.

Лапароскопию выполняли с использованием комплекта оборудования и набора инструментов фирмы Dufner (Германия), под эндотрахеальным наркозом. Кроме общеклинического обследования всем больным проведено ультразвуковое исследование в динамике менструального цикла, по показаниям гистероскопия с последующим выскабливанием слизистой матки, определение уровня гонадотропных и половых гормонов с помощью стандартных радиоизотопных наборов фирмы CEA-JRE-Sorin (Франция) и ИБОХ АН Республики Беларусь. Оценка эффективности лечения проводилась через 6, 12 и 24 месяца после лапароскопии.

Исследование гормонального профиля показало наличие циклических подъемов уровня гормонов свойственных для нормального овуляторного цикла у 77,8% больных. Грубые изменения секреции гормонов (ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы цикла) имели место при эндометриозе III-IV степени распространения, миоме с диаметром узлов более 4,0 см, спаечном процессе малого таза III-IV степени и длительностью заболевания более 5 лет.

Дивакова Т.С., Супрун Л.Я.

АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНО-ЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

/ Витебск /

Воспалительные заболевания внутренних половых органов у женщин занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии. Они часто сочетаются с гормонально-зависимыми заболеваниями гениталий, нередко являются патогенетическим фактором их возникновения и причиной неудовлетворительного лечения этой категории больных.

Целью настоящего исследования явилась разработка тактики ведения больных с гормонально-зависимой патологией гениталий, подвергшихся хирургической лапароскопии, в случае наличия

В основной группе объем эндоскопического вмешательства заключался в разъединении спаек и сращений между органами малого таза, дренировании гидросальпинксов, фимбриолизиса и стоматоластики, удалении спаек, маточной трубы, кистом и эндометриoidных кист яичников, вылушивании параовариальных кист, резекции части яичников в пределах здоровых тканей, деструкции путем биполярной коагуляции эндометриoidных очагов на брюшине, местном введении антибиотиков и склерозирующих веществ, удалении узлов миомы, каутеризации яичников, лаважа брюшной полости антисептиками, дренировании малого таза. На десерозированные участки брюшины, края яичников после их резекции накладывали узловые швы с экстракорпоральным завязыванием узлов. Гемостаз осуществляли путем эндо- и биполярной коагуляции. В контрольной группе объем вмешательств ограничивали удалением патологических тканей с сохранением маточных труб и яичников. Дренирование малого таза проводилось только в случаях распространенного эндометриоза и множественной миомы матки после удаления узлов.

Осложнений после лапароскопических операций не наблюдалось. У 3 больных в связи с выраженным спаечным процессом в брюшной полости, наличии фиброзных сращений с кишечником и невозможностью выполнить адекватный объем вмешательства была осуществлена лапаротомия, односторонняя аднексэктомия и миомэктомия.

В послеоперационном периоде антибиотики назначали всем пациенткам из основной группы и некоторым из контрольной в случае удаления нескольких узлов миомы и вмешательств по поводу наружного эндометриоза III и IV стадии распространения. Гормонотерапию, направленную на подавление функции яичников, проводили у всех больных в течение 6 месяцев. В последующие 4-6 месяцев женщины с бесплодием получали циклическую гормонотерапию с целью восстановления овуляторного менструального цикла.

Оценка лечения через 6 и 12 месяцев после эндоскопического вмешательства и курса гормонотерапии в обеих группах показала, что оно было эффективным у 83,6% больных I группы и у 95,3% больных II группы. В основной группе у 4 (33,3%) из 12 женщин с бесплодием через 4,7 месяца наступила беременность. В контрольной группе беременность наступила у 9 (81,8%) из 11 женщин. Через 24 месяца 4 пациенткам из I группы выполнена лапаротомия по поводу гнойных tuboovarianальных образований. у 3 пациенток из этой же группы прогрессировал эндометриоз гениталий, в связи с чем больные подверглись повторному лапароскопическому вмешательству или хирургическому лечению путем лапаротомии.

Таким образом, наличие хронического воспалительного процесса женских половых органов у больных с доброкачественной гормонально-зависимой патологией гениталий снижает эффективность лечения пациенток с использованием эндоскопической хирургии. Целесообразным является активное включение хирургической лапароскопии в комплексное лечение гинекологических больных с двумя заболеваниями на ранних стадиях развития процесса, а также более ради-

кальный подход к удалению маточных труб в случаях их выраженных анатомических изменений или наличии гидросальпинкса. Таким пациенткам при бесплодии после лапароскопии необходимо рекомендовать экстракорпоральное оплодотворение.